

先天性血液凝固因子障害診断書

患者	氏名		性別	男・女	生年月日	明・昭 大・平	年	月	日
	住所								
病名	1 第Ⅰ因子(フィブリノゲン)欠乏症								
	2 第Ⅱ因子(プロトロンビン)欠乏症								
	3 第Ⅴ因子(不安定因子)欠乏症								
	4 第Ⅶ因子(安定因子)欠乏症								
	5 第Ⅷ因子欠乏症(血友病A)								
	6 第Ⅸ因子(血友病B)								
	7 第Ⅹ因子(スチュアートプラウア因子)欠乏症								
	8 第ⅩⅠ因子(PTA)欠乏症								
	9 第ⅩⅡ因子(ヘイグマン因子)欠乏症								
	10 第ⅩⅢ因子(フィブリン安定化因子)欠乏症								
	11 フォン・ヴィルブランド(Von Willebrand)病								
治療開始日		年 月 日							
症状の概況									
主な検査数値も記入のこと									
治療の具体的方針									
上記のとおり診断します。									
年 月 日									
医療機関名									
医療機関所在地									
担当医師氏名									
印									